

VIEIRA & CAVALCANTI
ADVOGADOS

PROCURACÃO

OUTORGANTE: Virgílio Reis da Silva

Profissão: Desembargador, brasileiro, Estado Civil: SOCIEDADO, CPF nº 736.114.254-00, portador da RG: 3.652.353, SDS-PE e CPF nº 736.114.254-00, nascido em 05/04/1940, Residente e Domiciliado na Rua da Paz, nº 103, Bairro, Ouricuri, Município: Ouricuri - PE, CEP: 53370-200, Tel: (87) 08652-1510.

OUTORGADOS - VIEIRA & CAVALCANTI ADVOGADOS, escritório de advocacia inscrito sob o CNPJ nº 24.958.391/0001-10, neste ato representado pelos seus sócios Bruno Vieira Fernandes Pinheiro, brasileiro, advogado, OAB/PE 27.264 e Guilherme Trindade H. B. Cavalcanti, brasileiro, advogado, OAB/PE 27.322 com sede na Rua Francisco Alves, 105, sala 308, Ilha do Leite, Recife – PE.

PODERES: - Pelo presente instrumento particular de procuração o (a) OUTORGANTE constitui como seus bastantes procuradores os OUTORGADOS, com os poderes conferidos pela cláusula "Ad Judicia Et Extra", para o foro em geral, podendo agir perante qualquer juízo, instância ou tribunal, ou representá-lo em negociação junto à instância Administrativa, em conjunto ou isoladamente, acordar, transigir, contestar, desistir, indicar provas, testemunhas e especialmente declarar que o autor é pobre na forma da lei, conforme Lei Federal nº 7.115/83, bem como substabelecer com ou sem reservas de poderes, requerer e firmar compromisso, sempre no interesse do outorgante. Solicitar junto ao INSS e a Receita Federal toda e qualquer tipo de informação previdenciária, bem como cópias do processo administrativo. E por fim, concede aos seus patronos-advogados, poderes para renunciar ao crédito excedente a sessenta (60) salários mínimos dos Juizados Especiais Federais.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios de 30% (trinta por cento) dos benefícios econômicos auferidos brutos, em caso de êxito.

Parágrafo Único – Os valores serão pagos à - VIEIRA & CAVALCANTI ADVOGADOS, escritório de advocacia inscrito sob o CNPJ nº 24.958.391/0001-10, com sede na Rua Francisco Alves, 105, sala 308, Ilha do Leite, Recife – PE, e o contratante autoriza desde já a RETENÇÃO dos honorários advocatícios em favor do contratado, por ocasião do pagamento judicial.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Declaro com fundamento na Lei Federal Nº. 7.115/83, para fins de prova junto a este juízo, que sou pobre, não tenho condições financeiras de arcar com as custas processuais, declaração esta que faço sob as penas da lei e sob minha própria responsabilidade.

_____, de _____ de _____.

Virgílio Reis da Silva
OUTORGANTE

Testemunhas: _____ CPF: _____



05/09/2019

 Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
736.114.254-00

Nome
VIRGILIO REIS DA SILVA

Nascimento
05/04/1970

CÓDIGO DE CONTROLE
450B.F764.F951.C29E



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:52:28 do dia 05/09/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

1/1



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 20/04/2020 14:52:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042014523242000000059806734>
Número do documento: 20042014523242000000059806734

Num. 60864859 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 20/04/2020 14:52:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042014523248300000059806736>
Número do documento: 20042014523248300000059806736

Num. 60864861 - Pág. 1

05/09/2019

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1400713778

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,

RECIFE, PERNAMBUCO

CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndia 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-

Ligaçāo Grātua de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligaçāo Grātua de telefones fixos e tarifada

na origem para telefones celulares

| |
|--|
| DADOS DO CLIENTE! |
| WILLIAMS JOSE RAMOS E SILVA- PROX.A RENAVE OFICINA DE CARROS |

| | |
|--|---------------------------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 07/10/2019 |
| TOTAL A PAGAR | R\$ 54,61 |
| DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL | 04/09/2019 |
| DATA DA APRESENTAÇÃO | 04/09/2019 |
| NÚMERO DA NOTA FISCAL | 075902584 |
| CONTA CONTRATO | 2839168015 |
| CLASSIFICAÇÃO | RESIDENCIAL Monofásico B1 |

| |
|---|
| ENDEREÇO |
| PROX.A RENAVE OFICINA DE CARROS - RUA DA PAZ 63 -OURO PRETO/OLINDA -53370-269 OLINDA PE - |

| | |
|-------------------------|----------------|
| PERÍODO CONSUMO | CONSUMO |
| 05/08/2019 a 04/09/2019 | 59 |

| |
|---|
| ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 12,33 |
|---|

| |
|------------------------------|
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |
|------------------------------|

| |
|---------------------------|
| VIA PARA PAGAMENTO |
|---------------------------|

Destaque aqui

| | | | | |
|-----------------------|----------------|----------------------|-------------------|--|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
| 2839168015 | 09/2019 | R\$ 54,61 | 07/10/2019 | Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. |

838000000009 546100110029 839168015109 141448782131



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

limento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cdd... 1/1



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 20/04/2020 14:52:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042014523260400000059806742>

Número do documento: 20042014523260400000059806742

Num. 60864867 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190605289 **Vítima: VIRGILIO REIS DA SILVA**

Data do Acidente: 26/05/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VIRGILIO REIS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VIRGILIO REIS DA SILVA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000000874

Conta: 0000061315-1

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por **Invalidez Permanente** que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco

Atenciosamente

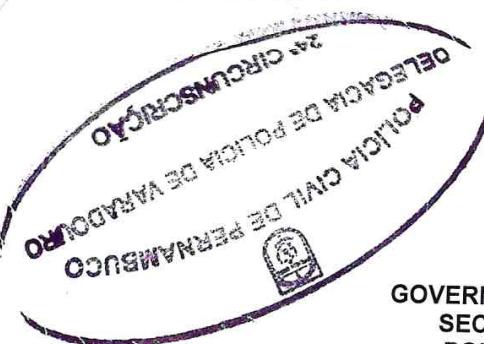
Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 20/04/2020 14:52:32
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042014523268700000059806743>
Número do documento: 20042014523268700000059806743

Núm. 60864868 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0114006993

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às **12:00**

Complementa o BO Número: **19E0114006627**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AV.SENADOR NILO SOUZA COELHO, OURO PRETO, LINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
VIRGILIO REIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

VIRGILIO REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDETE REIS DA PAZ** Pai: **FRANCISCO BRAZ DA SILVA** Data de Nascimento: **5/4/1970** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3652353/SDS/PE (RG), 73611425400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **PEDREIRO (A)**
Residencial: **AV SEN. NILO E SOUZA COELHO 3340, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residencial: **OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

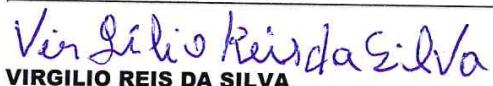
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DESCrita NESTE B.O, EM OURO PRETO, OLINDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU, E LOGO EM SEGUIDA EMPREENDEU FUGA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, LÁ FICOU CONSTATADO QUE ELE SOFREU UMA FRATURA DO FEMUR DA PERNa DIREITA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


VIRGILIO REIS DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: Sandra Maria Medeiros Fialho - Matrícula: 3853985

[Imprimir](#)





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SAMU OLINDA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **VIRGILIO REIS DA SILVA**, portador do R.G. 3.652.353 SDS-PE, foi socorrido pelo SAMU-192 Olinda - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, nº de ocorrência S-633312, no dia 27/05/2019, aproximadamente as 09:40h, na Av. Senador Nilo Souza Coelho, Ouro Preto - Olinda-PE, próximo a barraca Acerola , domicílio causas externa, acidente de trânsito (atropelamento por carro no dia 26/05/2019). Encaminhado UPA Olinda.

Olinda, 13 de Agosto de 2019.

Carlos Alberto
Adm./SAMU-192 Olinda

Carlos Alberto A. de Souza
Auxiliar Administrativo
Matr. 000457
SAMU - Olinda 192

Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.

E-mail: samu.olinda@hotmail.com

Fone: 81 – 3439-6523



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 20/04/2020 14:52:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042014523283800000059806746>
Número do documento: 20042014523283800000059806746

Num. 60864871 - Pág. 1

Atendimento: 1472091

Data e Hora: 27/05/2019 10:31

Senha da Classificação:

0124Paciente: 429507 VIRGILIO REIS DA SILVA
Nome Social :

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 05/04/1970 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALDETE REIS DA PAZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: PAZ

-- 48

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA PE

Cep: 53370710

Usuário Atendimento: MENORAPZ

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Vor Cox e Anelil D. Agobento enta

Exame Físico

P

Hipótese Diagnóstico

Frau colo do fêmur.

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica *Energy Nutrição*
1) Dextrose livre.
2) Enzopen 48g - 120, SC, 1x/dia
1) Dipirona 1g, 120+40 EV, 6/6h
2) Cetoprofeno 100 mg, 120+50 oral, ev, 12/12h. *Misso*

FARMÁCIA DE ATENDIMENTO

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: *HMA* Senha: *5692401*

Dr. Rodrigo F. da Silva Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25.524
Carimbo Médico



1472091



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 27/05/2019 10:24

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

| | |
|---------------------|---------------|
| Nome Paciente: | VIRGILIO REIS |
| Cód. Paciente: | |
| Data de Nascimento: | 05/04/1970 |
| Sexo: | Masculino |
| Idade: | 49 |
| Senha: | 0124 |
| Convênio: | - |
| Atendimento: | |
| SAME: | |

Período: 27/05/2019 10:28 - 27/05/2019 10:29

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

| | |
|---------------------|--|
| Prioridade: | URGENCIA - AMARELO |
| Cor: | AMARELO |
| Queixa Principal: | TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO ONTEM , REFERE DOR ME MID |
| Observação: | ALERGIA - HAS - DM - |
| Fluxograma sintoma: | TRAUMA |
| Discriminador(es): | - DOR MODERADA (4 - 7/10) |
| Especialidade: | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA |

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/05/2019 10:29





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | |
|---------------------------------|------------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES | AT-1179563 |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | 4 - CNES |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 6431569 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | |
|--|--------------------------|---|-----------------------------------|--------------|
| 5 - Nome do Paciente | 6 - Nº Prontuário | | | |
| VIRGILIO REIS DA SILVA | 126093 | | | |
| 7 - Cartão Nacional do SUS | 8 - Data de Nascimento | 9 - Sexo | 10 - Raca Cor | 10.1 - Etnia |
| 898000162510855 | 05/04/1970 | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino | 03 - Parda |
| 11 - Nome da Mãe | 12 - Telefone de Contato | | | |
| VALDETE REIS PAZ | 8198668191 | | | |
| 13 - Nome Responsável | 14 - Telefone de Contato | | | |
| CLEIDE | | | | |
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) | | | | |
| AVENIDA SENADOR NILO COELHO, 3340 - OURO PRETO | | | | |
| 16 - Município | 17 - IBGE | 18 - UF | 19 - CEP | |
| OLINDA | 260960 | PE | 53370970 | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| | |
|---------------------------------------|--|
| Principais Sinais e Sintomas Clínicos | ANTE, 49 ANOS, REFERE TER SIDO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HA 01 DIA. RELATA DOR E DÉFICIT FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO. NEGA FUMAR, ALCOOLISMO E COMORBIDADES COMUNS. É ALCOOLISTA. |
|---------------------------------------|--|

| | | | |
|---|-----------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 21 - Condições que justificam a Internação | TRATAMENTO CIRURGICO | | |
| 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas | EXAME CLÍNICO E RADIOLOGICO | | |
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código | 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas |
| FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO | S720 | W199 | V03.9 |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | |
|--|-----------------------------|---|
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado | 28 - Código do Procedimento | |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE) | 0408050489 | |
| 30 - Caráter de Atendimento | 31 - Documento | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| 2 | (X) CNS | () CPF |
| 33 - Especialidade | 34 - Data da Solicitação | 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) |
| CIRÚRGICA | 27/05/2019 | 13344 |
| Nome do Profissional Solicitante/Assistente | | |
| ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE | | |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| 36 - () Acidente de Trânsito | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - Nº Bilhete | 41 - Série |
| 37 - () Acid. Trabalho Típico | 42 - CNPJ / Empresa | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR |
| 38 - () Acid. Trabalho Trajeto | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------|---------------|----------------|--------------|------------------|----------------|------------------|
| 45 - Vínculo com a Previdência | () Empregado | () Empregador | () Autônomo | () Desempregado | () Aposentado | () Não Segurado |
|--------------------------------|---------------|----------------|--------------|------------------|----------------|------------------|

| | |
|---------------------------------------|--|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor |
| | E260000001 |
| 48 - Documento | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador |
| () CNS | () CPF |

| | |
|--------------------------|---|
| 50 - Data da Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) |
| | D. Antonio Albuquerque Guedes Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 10151 / TEC 1477 |

AIH
261910218247-7

Código do Laudo: 479515



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimen

79563

Usuário: MAIAR.ES

DADOS DO PACIENTE

| | |
|--|---|
| Paciente: VIRGILIO REIS DA SILVA | Prontuário: 126093 |
| Idade: 49a 1m 22d | Data de Nascimento: 05/04/1970 |
| Sexo: M | Estado Civil: SOLTEIRO |
| Profissão : | Escolaridade : |
| R.G.: 3652353 | Telefone: , 3340 - OURO PRETO |
| Endereço: AVENIDA SENADOR NILO COELHO | CEP 53370970 - OLINDA - PE |
| Origem: URGENCIA/EMERGENCIA | Dados da Internação |
| Convênio: SUS - INTERNACAO | Data e Hora da Internação: 28/05/2019 07:51 |
| Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA | Plano: GERAL |
| Médico Internação: ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE | Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-07 |

DADOS DO RESPONSÁVEL

| | | | |
|-----------|----------------|-----------|-----------------|
| Nome: | R.G.: | C.P.F.: | FATURADO |
| Endereço: | Numero: | 26/06/19 | CLAUDEIAN SOUSA |
| fone: | Cidade: | ESTADISTA | DATA |
| | Estado civil : | | |

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

| | |
|--|--|
| Data da Alta: <u>06/06/19</u> | Hora da Alta: _____ |
| Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência | <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão |
| Condições de Alta: <u>Boas condições clínicas</u> | |
| Diagnóstico Principal.....: <u>Fratura do Colo do Femur Direito</u> | |
| Diagnóstico Secundário01.: <u>Etiologista</u> | |
| Diagnóstico Secundário02.: _____ | |
| Procedimento.....: <u>RF Fl com parafusos canulados</u> | |
| <i>REVISADA CINH/HM</i> | |
| Dra Izabela Braga Ortopedista Traumatologista <u>CRM 22.498</u> | |
| Médico e CRM: | |
| <u>Alexandre Camilo D. Soárez</u> | |
| Responsável pela retirada do paciente | Assinatura e RG |

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Volte grato ao dia das 5:00h
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 479515 Prontuário: 126093 SAME: 112846
Paciente.....: VIRGILIO REIS DA SILVA
Endereço.....: AVENIDA SENADOR NILO COELHO
Bairro.....: OURO PRETO
Cidade.....: OLINDA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal.....: -
CID's Secundários.: -
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 28/05/2019

Hora Atend: 22:21 Data Atend: 27/05/2019
Idade: 49 a

UF.: PE CEP: 53370970
Plano...: PLANO UNICO

Hora Saída : 07:49

Prestador da Evolução Médica: ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE

DIAGNOSTICO
A PEDIDO DA ENFERMEIRA DE PLANTAO

ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE / 13344
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 27/05/2019 22:16

| | |
|---|---|
|  | Nome Paciente: VIRGILIO REIS DA SILVA Cód. Paciente: 126093 Data de Nascimento: 05/04/1970 Sexo: Masculino Idade: 49 Senha: 0042 Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA Atendimento: 479515  SAME: 112846 |
|---|---|

Período: 27/05/2019 22:52 - 27/05/2019 22:57

CHAMADA: 27/03/2019 ELENCO: 27/03/2019 ELENCO: CHALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

305

VERDE

Queixa Principal:

PCR TRANSFERIDO DA UPA DE PAULISTA, SENHA 5692401, SUSPEITA DE FRATURA DE COLO DE FEMUR, PCT RELATA TER FEITO USO DE BEBIDA ALCOOLICA, VITIMA DE ATROPELAMENTO HA MAIS DE 12H. NÃO SABE INFORMA SE HOUVE DESMAIO OU VOMITO.

en vacío:

NEGA ALEGBIA HAS - OU DM -

Programa sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PEEFIRANTE

Especialidade:

VERIMENTO PER DOTTORATO
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM
- GLICOSE: 124.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 170.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 110.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 37.30 °C

REVISADO
NETI

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local _____
Thaís Meryah
COREN-PB 389.753-EMF
Informar

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/05/2019 22:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Bisco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 20/04/2020 14:52:33
<https://pie.tjpe.jus.br:443/lc/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?v=2004201452329900000059806749>

Num. 60864874 Pág. 4

Atendimento: 479515
Data e Hora: 27/05/2019 22:21

Senha da Classificação: **0042**

Paciente: 126093 VIRGILIO REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/04/1970 **Idade:** 49 anos **Convenio:** 2 **SUS - EXTERNO / URGENCIA**

Nome da Mãe: VALDETE REIS PAZ

Nome do Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

CRM: 12346

Endereço: AVENIDA SENADOR NILO COI --

3340

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: ROBERTAMB

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 23h

Queixa Principal

Vida Internamente

Exame Físico

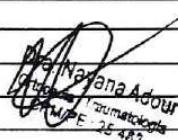
Hipótese Diagnóstico

Fx de cde Fémur



Prescrição Médica

Internamente


Neiana Adour
MPE 25/05/20

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () **Encaminhado ao Ambulatório** () **Residência**

() **Transferido: Para** _____ **Senha:** _____

() **Encaminhado ao setor de internação**





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5692401
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: 69
Sexo: M () F () Profissão: _____
Pac: 429867 - VIRGILIO REIS DA SILVA
Mãe: VALDETE REIS DA PAZ
Endereço Residencial: _____
Mae: 1472091 Data: 05/04/1970
Cidade: Olinda Bairro: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: Dor Quadril () CAUSAS CLÍNICAS

Hipótese Diagnóstica: Fratura coto do fêmur ()

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100





Evolução Clínica

NOME: VÍRGILIO REIS DA SILVA REG: 126093

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

| DATA/HORA | |
|--------------------------|--|
| 27/5/2019 | # SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| 23H | # ADMISSÃO |
| HAS - DM - ALERG - | PACIENTE, 49 ANOS, REFERE TER SIDO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ 01 DIA. RELATA DOR E DÉFICIT FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO. NEGA ALERGIA E COMORBIDADES COMUNS. É ALCOOLISTA. |
| | AO EXAME: BEG, VÍGIL, CORADO, HIDRATADO, EUPNÉICO, AAA |
| | MID: SEMI-FLETIDO EM JOELHO COM DÉFICIT DE ADM EM QUADRIL. NEUROVASCULAR PRESERVADO E PELE ÍTEGR |
| | HD: FRATURA DE COLO DE FÉMUR DIREITO |
| | CD: INTERNO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGIA DE URGÊNCIA SOLICITO PRÉ-OP + P. CARDIO E DEIXO EM DIETA ZERO PARA CIRURGIA AMANHÃ. |
| 28/05/19 | #SOT# HD: Frx de colo de fémur D Paciente evolui estável, com queixas de dor em quadril D. PGR, LOTE, eupnico e afébril. CD: Aguarda vagas em enfermaria para programação cirúrgica. |

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27686 CRM-BA 33039



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 05/06/2019
Hora.....: 11:34

Aviso de Cirurgia : 57078
Paciente : 126093
Convênio Atend. : 1
Leito : 83
Dt. Início : 05/06/2019 09:40
Dt. Fim : 05/06/2019 10:55
Cid Pré-Operatório : S728
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02
VIRGILIO REIS DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 003
FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO FEMUR

Atendimento : 479563
Carteira :
Idade : 49 Anos

Procedimento: 0408050489 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE) (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
ANESTESISTA 9136 JULIO CESAR CAVALCANTI MAIA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO: FRATURA DO COLO FEMORAL DIREITO
CIRURGIA : REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM
CIRURGIAO: DR. JULIANO MACHADO
1º AUXILIO : DR. THIAGO MENDONÇA
2º AUXILIO : DRA. MARIANA CAVALCANTI
ANESTESIA : RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA : DR. JULIO MAIA
ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA :

DESCRICAO
1) DECUBITO DORSAL EM MESA DE TRAÇÃO
2) REALIZAÇÃO DE REDUÇÃO FECHADA COM CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
3) INSERÇÃO DE 3 FIOS GUIAS EM FORMATO TRIANGULAR NO COLO FEMORAL E CHECAGEM NO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
4) RESAGEM DO TRAJETO E INSERÇÃO DE PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM : 2 PARAFUSOS 95 , SENDO UM COM ARROELA
5) NÚMERO 105
6) SUTURA
7) CURATIVO
7) VERIFICADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Sangue e Derivados: Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS 2

Achados Cirúrgicos: **Descrição Complementar**

FATURADO
26/06/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
CRM : 15979

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: VIRGILIO REIS DA SILVA
IDADE: 49 A SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 27/05/19

REG: 126093
DATA DA ALTA: 6/6/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE COLO DO FÉMUR DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- DEAMBULAR COM USO DE ANDADOR COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- NÃO DEITAR SOBRE LADO OPERADO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dra. Ianele Braga
Ortopedia/Trumatologia
CRM 22.498

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

